FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 5 de Novembro de 1912

PARA SER DEFENDIDA PELO PHARMACEUTICO

Raymundo Mariano de Mattos

NATURAL DO ESTADO DO MARANHÃO

Ex-interno de clinica oto-rhino-laryngologica

Filho legitimo do Senhor Manoel dos Santos Mattos
e D. Roza Maria de Mattos

AFIM DE OBTER O GRAU DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

(CADEIRA DE OTO-RHINO-LARINGOLOGIA)

DA OTITE MEDIA AGUDA PURULENTA E SEU TRATAMENTO

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typographia Z. COSTA & C.—R. d'Alfandega, 50

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

Vice-Director — . . . .

Secretario — Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manoel Augusto Pirajá da Silva . . .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
	Chimica medica.
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Pedro Luiz Celestino.	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Francisco da Luz Carrascosa	Chimica
Antonio Victorio de Araujo Falcão . .	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia Pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior . .	Anatomia medico-cirurgica com Operações e Apparelhos
Anisio Circundes de Carvalho.	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica medica
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos de Freitas	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira . . .	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão . . .	Pathologia geral.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho .	Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica e hygiene infantil.
Alfredo Ferreira Magalhães	Clinica pediatrica e orthopedia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias.	Medicina legal.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	Clinica gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho.	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS EFFECTIVOS

Egas Moniz Barretto de Aragão . . .	Historia natural medica.
João Martins da Silva.	Physica medica.
. . . .	Chimica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião. . . .	Physiologia
Augusto Couto Maia.	Microbiologia
. . . .	Pharmacologia
. . . .	Anatomia e Histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia medico cirurgica.
Clementino da Rocha Fraga Junior. . .	Clinica medica
Caio Octavio Ferreirra de Moura . . .	Clinica cirurgica
. . . .	Clinica ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Kock . . .	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal
Menandro dos Reis Meirelles Filho . .	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Antonio Amaral Ferrão Moniz.	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. João Evangelista de Castra Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso
Dr. Deocleciano Ramos	Dr. José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhes são apresentadas.

PREAMBULO

A These que apresentamos ao levantado juizo da douta congregação, mister é dizer, não foi dictada de espirito innovador.

Confeccionando-a, tivemos tão somente em vista realçar um assumpto em que mais proficientemente pudessemos revelar algum esforço pessoal.

Interno de oto-rhino-laryngologia, conseguimos estudar e comprehender, ao alcance da nossa intelligencia, aquillo que, de maior importancia, palpita na otite media aguda purulenta.

E é o que fita a nossa exposição.

. . . .

Cabe-nos, agora, em prova da nossa alta admiração, agradecer ao mestre e amigo Dr. Eduardo Moraes, o muito com que, nas suas sabias e proveitosas licções e no devotado zelo que lhe é peculiar, contribuiu para esclarecer e nortear-nos o espirito na penumbra immensa das duvidas e incertezas.

Por menos que nos fizesse, já lhe seriamos eternamente reconhecido.

CAPITULO I

Etiologia, symptomatologia e diagnostico

I

O estudo da otite media aguda purulenta, sob o ponto de vista etiologico, constitue certamente um dos mais importantes capitulos da pathologia auricular.

De uma frequencia relativamente grande, e, podendo acarretar, não raras vezes, graves perturbações funccionaes e vitaes, a infecção da caixa do tympano, consoante a opinião geral, se dá, penetrando o germen infectuoso por tres vias principaes: por intermedio do systema circulatorio, pelo conducto auditivo externo e finalmente pela via da trompa de Eustachio ou via tubar.

O modo de infecção por via sanguinea bem que duvidoso para alguns auctores tem sua explicação racional. Assim é que existindo, como todos sabemos, germens morbigenos no sangue dos individuos acommettidos de molestias infectuosas geraes

e nas quaes o abcesso agudo da caixa tympanica é uma complicação commum, estes mesmos germens podem, encontrando uma região de resistencia enfraquecida—a orelha media, por exemplo, ahi se installar e produzir as mais variadas perturbações, desde o simples catarrho tubo-tympanico até á leptomeningite, a mais seria das complicações auriculares.

A caixa do tympano tambem se pode inficionar pelo canal auricular. Multiplas sendo as causas externas susceptiveis de determinar a infecção, sua frequencia é comparativamente maior que por via do systema vascular sanguineo. Mas, para que a infecção oriunda do exterior alcance a orelha media necessario se torna que a membrana tympanica não mais conserve a sua integridade anatomica e funccional, que seja alterada previamente por uma circumstancia qualquer.

Alem do importantissimo papel que representa no phenomeno da audição, a membrana do tympano ainda constitue, por assim dizer, o baluarte de defesa externa da caixa. Desorganizada, porem, essa magestosa muralha defensiva, aberta conseguintemente a porta de entrada ás causas morbidas externas, a infecção poderá então realisar-se, acompanhada de todo seu cortejo de perturbações.

Quaes as causas que compromettendo o tympano podem originar a otite media aguda? Figuram

no primeiro plano, como mais frequentes, as diversas affecções auriculares externas (furunculose do conducto, otite externa diffusa, eczema, etc). A inflammação da membrana tympanica consecutiva a um resfriamento pode tambem ser prologo da otite media.

Do mesmo modo, a presença de corpos extranhos no conducto, animados e inanimados (insectos, rolhas de cera, botões, caroços de milho, feijão) e com mais forte razão, sua retirada por mãos inhabeis e inexperientes com auxilio de instrumentos não apropriados e septicos, como grampos de cabello, palitos (pratica tão commum entre nós) produzindo facilmente a ruptura dessa membrana delgada, e infecção consecutiva, concorrem para identico fim. São numerosos os casos observados por nós de otite media com tal procedencia. Afóra as rupturas provenientes de impericia, como acabamos de ver, ha ainda as que sobrevêm em consequencia de compressões bruscas exercidas na superficie do tympano. As pancadas em cheio, as fortes detonações proximas do orgão auditivo, são capazes de, pela força compressiva, romper a membrana e facilitar a infecção.

E obrando por igual um outro agente existe que lesando o tympano pode inficionar a orelha media: referimo-nos á acção mecanica da agua nos banhos salgados. Alem disso, a agua do mar pelos

saes que contem, pela sua frialdade e impurezas organicas, offerece ao individuo muitas desvantagens e inconvenientes. E' por taes motivos que a otite media aguda é tão frequente entre as pessoas que fazem uso dos banhos de mar.

Via interna ou tubar.—A trompa de Eustachio estabelecendo communicação directa do pharynge nasal e do pharynge buccal—regiões extremamente septicas e muito sujeitas a perturbações morbidas diversas—com a caixa do tympano, não resta duvida que é a via pela qual mais commumente se faz a infecção desta mesma cavidade.

Comprehendida a facil possibilidade de uma infecção da bocca ou da caixa propagar-se, atravez do canal de Eustachio, ao ouvido, vejamos quaes são as infecções principaes

Destacam-se, em primeiro logar, pela frequencia, as vegetações adenoides.

E' raro ver-se uma creança debilitada com dores no ouvido, com uma otite aguda, sem que a superficie do seu rhino-pharynge não esteja abrolhada destes botões lymphoides. Maldito abrolhamento! Infelizes creanças!

Isto que acabamos de asseverar vem em apoio do papel importante que representam as adenoides na etiologia da otite media aguda. Na hypothese destas vegetações não terem ainda determinado a infecção tympanica, devemos, como meio prophylactico,

evitar o toque pharyngeo ou procedel-o com o maior cuidado antiseptico (principalmente se os tumores estiverem em estado de inflammação aguda); pois tal pratica tem sido factor de muitas explosões auriculares, consoante affirmam numerosos especialistas.

As amygdalites, as rhinites atrophicas e hypertrophicas, os polypos nasaes, entretendo um certo estado de infecção da garganta e do nariz, por propagação tubar, originam muitas vezes a inflammação da caixa. Do mesmo modo, a coryza purulenta pode ser causa desse processo morbido. Pelo facto do entupimento nasal em tal affecção, um exagerado esforço que o doente executa com o fim de fazer cessar esse embaraço é capaz de determinar a penetração de germens septicos na trompa, e d'ahi no ouvido.

De um modo geral, todas as affecções que são acompanhadas de alterações rhino-pharyngéas, podem produzir a inflammação da caixa do tympano, Por isso é tão frequente a otite aguda nas febres eruptivas, na diphteria, cujas molestias se caracterisam principalmente por manifestações do nariz e da garganta.

A lavagens mal feitas do nariz lançando germens infectuosos no orificio da trompa, constituem um outro factor de infecção tympanica.

Causas predisponentes.—Afóra as causas deter-

minantes mencionadas, ha ainda as chamadas causas predisponentes, que, ou inherem ao proprio individuo ou não dependem delle: Entre as primeiras, temos a idade; a otite é mais frequente nas creanças que no adulto. Laurens explica este facto pela maior riqueza em tecido lymphatico na primeira phase da vida. Certos estados geraes (tuberculose, escrofulose, etc) figuram igualmente nesta ordem de causas.

Como causas predisponentes que não dependem do individuo não devemos esquecer as influencias das estações. No periodo invernal, em virtude dos resfriamentos constantes produzidos pela mudança de temperatura, a otite aguda surge com maior frequencia, chegando a assumir, algumas vezes, o caracter de verdadeira epidemia (Lermoyez)

II

A otite media aguda, em analogia com as demais molestias, não tem começo sempre identico, e, tão pouco, um modo de evolução determinado. Ao contrario, sob este ponto de vista, obedece a uma extrema variabilidade. Sobrevindo a affecção, não raras vezes, em estados geraes febris diversos, taes quaes, grippe, febres eruptivas, febre typhica, e infecções outras, pode, por esse mesmo motivo, passar completamente despercebido isto é sem nenhuma manifestação auricular que desperte a

attenção. A's vezes, a formação do pús é acompanhada de uma ligeira ascensão da temperatura. E casos ha em que o doente ou mesmo o medico não é surprehendido por uma affecção auricular senão quando, um bello dia, casualmente, observa um escorrimento purulento pelo conducto ou a presença de manchas no travesseiro (signal de Laurens).

A otite aguda pode tambem manifestar-se de modo progressivo. O agente infectuoso, a pouco e pouco, vae adquirindo virulencia, de maneira a determinar primeiramente uma otite de natureza catarrhal, á qual succede uma phase purulenta ou otite propriamente dita. Com a transição de uma á outra phase os symptomas, como é natural, se accentuam e caracterisam mais.

Conforme acabamos de ver, a otite em casos taes gasta muitos dias para se declarar. Na maioria das vezes, porem, ella explúe bruscamente como um verdadeiro relampago, vindo logo acompanhada de dores locaes intensas e phenomenos geraes manifestos.

A otite media aguda, uma vez constituida, manifesta-se pór um certo numero de symptomas ou signaes, que, afim de methodisar a descripção, dividiremos em dous grupos: um, comprehendendo os signaes subjectivos, ainda chamados funccionaes

ou de probabilidade, e outro, abranjendo os signaes objectivos ou de certeza.

Signaes Subjectivos — A dor é o phenomeno capital, o phenomeno por excellencia da otite media aguda. Ella se localisa principalmente na região profunda do ouvido, porem, apresenta irradiações dolorosas intensas para as regiões visinhas, ou ainda, um pouco afastadas. Assim é que ella pode propagar-se a todo um lado da cabeça, á região mas—toidéa ao pescoço, á espadua, e á metade correspondente do thorax (Valleraux.)

A dor da ponta da apophyse mastoide provocada pela pressão é sempre pronunciada e parece caracteristica da otite media, se bem que, neste momento, não haja invasão da ponta da mastoide propriamente.

A " dor de ouvido " experimentada pela maioria dos doentes é lancinante e pulsatil, caracter este que os leva a comparal-a a martelladas (*coups de marteau* dos francezes). Ella augmenta de intensidade, á noite, e, principalmente, quando a cabeça e o maxillar superior são séde de movimentos mais ou menos extensos, o que, aliás, é explicavel pela intima connexão do ouvido com a articulação temporo-maxillar. A' proporção que a quantidade de pús accumulado na caixa vae augmentando, essas dores, *ipso-facto*, tornam-se mais vehementes. Felizmente tal estado de causas não se prolonga muito,

dura cinco dias, de ordinario. Quando no fim desse prazo o medico não intervem praticando a puncção do tympano afim de dar franca sahida ao pús causa da dor, um facto importante dar-se-á forçosamente: é a perfuração natural ou espontanea. O exsudato, que, em virtude do accumulo, estava supportando uma enorme pressão, sahirá então em verdadeiros jorros, atravez de tão propicia abertura. As dores desapparecerão como que por um maravilhoso ençanto, deixando o doente em pleno socego.

A febre é tambem um signal subjectivo de importancia, mas offerece variabilidade. A otite irrompendo num individuo que esteja acommettido de molestia infectuosa geral e de natureza febril (facto frequente), sua curva thermica poderá confundir-se com a da molestia primitiva, passando deste modo despercebida. Mas, assim, não succede sempre. Em alguns casos, a elevação da temperatura se accentúa de modo tal que desperta logo a attenção do medico assistente, e, quando acontece vir acompanhada de dor auricular, não resta duvida que se trata de um phenomeno de inflammação do ouvido.

Se nos casos acima figurados ha probabilidade de passar despercebida a febre otitica, o mesmo não succede se o abcesso da caixa do tympano se constitue num individuo anteriormente são. Aqui ella é bem manifesta e elevada, attingindo, ás vezes,

38°, 39° ou mesmo 40°. A febre é susceptivel de acompanhar-se de frio, ligeiros delirios e outras perturbações. Nas creanças notam-se ainda, muitas vezes, convulsões.

Em ultima analyse, diremos que a elevação thermica bem como a dor auricular persistirá enquanto houver retenção de pús na caixa, e, conseguintemente, enquanto não se realizar a abertura tympanal ou tympanotomia.

A audição, desde o começo da molestia, diminue consideravelmente. E, quando ha exsudato na caixa, é de regra que ella desappareça por inteiro.

Os doentes, de par com essa alteração da funcção auditiva, sentem, em geral, phenomenos subjectivos outros, taes quaes, ruidos, sensação de plenitude da orelha, autophonia (resonancia de sua propria voz no ouvido doente) e vertigens.

Em virtude das relações intimas do apparelho auditivo com os centros nervosos ou psychicos, podemos ainda observar symptomas diversos (nauseas, vomitos, insomnia, etc). A sensibilidade gustativa é tambem passivel de perturbar-se numa metade da lingua, devido a reacção da corda do tympano (Laurens).

Signaes objectivos.—Do quadro symptomatologico da otite media aguda suppurada são estes os signaes mais importantes e mais seguros, porquanto vamos observal-os *de visu* por meio da pratica otos-

copica. E sendo a membrana tympanica a séde d'estes signaes é para ella que dirigimos a nossa particular attenção.

A otoscopia, constituindo um exame de muito facil execução, está ao alcance de toda a apreciação medica. Não obstante, ha uma certa indifferença, ou melhor, uma refractariedade da maioria dos medicos para tal exame. A respeito da otoscopia assim se exprime um auctorisado mestre: « ella não deve ser um monopolio do aurista, todo medico deve saber pratical-a do mesmo modo que a auscultação, o exame do larynge, o catheterismo urethral etc. »

De facto, de um momento a outro, um caso de otite ou outra affecção auricular poderá apresentar-se na clinica, e nós, medicos, estamos no estricto dever de saber diagnostical-a, sob pena de nos diplomarmos de ineptos.

Qual o instrumental necessario para procedermos ao exame do tympano? Não precisamos de nada mais que um *speculum auri*, um espelho frontal e uma fonte luminosa. Com esta triade de instrumentos estamos perfeitamente armados para examinar essa importante membrana, onde vamos encontrar os elementos seguros do diagnostico da otite media aguda suppurada. Como o tympano se apresenta com caracteres differentes, antes e depois de realizada a abertura, estudemol-o nesses dous casos:

1.º—*Ainda não ha perfuração.*—A membrana tympanica ainda no começo da otite quasi que não offerece alteração. Apenas uma hyperhemia sombreia-lhe as partes periphericas. Depois, essa congestão até ahi limitada aos pontos limitrophes, se estende por toda a membrana, em cuja superficie os vasos desenham-se nitidamente em verdadeiras arborisações; dous pequenos ramusculos marginando de um lado e outro o cabo do martello imprimem-lhe uma côr bem vermelha. Esse aspecto é porem transitorio.

Dentro em breve, uma modificação sobre modo notavel se dá em toda a extensão da membrana que virá a mostrar-se uniformemente vermelha e tumefeita. Nesse momento apenas um ponto amarello e saliente representando a pequena apophyse do martello, se distingue no meio da vermelhidão generalizada.

Num estado mais adeantado, em consequencia do accumulamento do exsudato no interior da caixa, a membrana é fortemente recalcada para fóra, e, ao envez de, pelo exame, encontrarmos, como nas condições normaes,uma superficie ligeiramente concava, vamos, em contraposição, observar uma convexidade externa grandemente pronunciada. Este aspecto convexiforme, se me permittem a expressão, é pathognomonico da collecção purulenta tympanica.

Algumas vezes, nessa occasião, uma borbulha acuminada apparece num dos quadrantes, annunciando imminente perfuração. Ordinariamente, porem, o ponto em que se tem de fazer a extravazão do exsudato, devido á infiltração purulenta, toma uma coloração amarello,-esverdinhada sem apresentar a bolha saliente.

2.º *Ha perfuração*. O tympano uma vez perfurado, todos os symptomas, que locaes, quer geraes, diminuem immediatamente. E, se a drenagem do pús atravez da abertura é franca, os symptomas desapparecem por completo.

A abertura natural faz-se, habitualmente, no nivel do quadrante antero-inferior, mas todos os pontos da membrana são susceptiveis de perfuração. A sua séde depende de circumstancias especiaes.

Do mesmo modo que a situação, a extensão da abertura é sujeita a multiplas variações. Minima, algumas vezes, a ponto de ser observada somente com o auxilio de manobras determinadas (experiencia de Valsalva e Siegle), outras vezes, ao contrario, é bastante consideravel. Nos casos de perfurações pequenas, quando se faz incidir sobre a membrana um feixe de luz, um facto bem interessante e caracteristico desperta-nos a attenção: é o phenomeno denominado *reflexo pulsatil*. A superficie do pús, no nivel da abertura tympanica,

reflecte os raios luminosos toda a vez que um pouco de liquido é expellido da caixa ao conducto. E, como o reflexo é synchrono com a pulsação das arterias regionaes (causa da extravazão do pús), recebeu o bem expressivo qualificativo de pulsatil.

Se não é sempre facil, consoante o notamos, descobrir-se uma perfuração microscopica, outrotanto não acontece se a abertura apresenta dimensões grandes. Uma verdadeira innundação purulenta invade então o conducto. E, em taes condições, é inteiramente inpossivel fazer o exame do tympano sem uma limpeza prévia do canal. Retirado, porem, este obstaculo, a perfuração torna-se visivel, e apanham-se com facilidade todos os seus caracteres.

III

Diagnosticar uma otite media aguda suppurada não é tarefa, em geral, difficil. E, se, como de habito acontece, vem acompanhada de seus principaes symptomas (dor, febre, diminuição da audição, vermelhidão e abahulamento do tympano) nenhum embaraço se nos apresenta para sua distincção. A difficuldade surge, porem, quando a affecção não traz o seu cortejo de symptomas caracteristico, quando é insidiosa.

Tendo-se dado já a perfuração do tympano nada mais facil, porquanto a presença de pús no conducto precedida do referido quadro symptoma-

tologico é pathognomonica da otite suppurada. Nenhuma outra affecção auricular depara tal caracter, tal exteriorisação.

Na hypothese da perfuração natural apresentar-se com dimensões microscopicas e não haver, como no caso anterior, pús no conducto, é a apreciação de outras particularidades que nos servirá de criterio para o diagnostico. Assim a existencia de um ponto luminoso pulsatil na superficie tympanica e o sibilo no nivel do mesmo pela passagem do ar na experiencia de Valsalva, são signaes privativos das pequeninas perfurações. Algumas vezes, quando a trompa está obstruida ou o orificio localizado na membrana de Schrapnell, esse ultimo signal falha; o primeiro, porem, é constante, é caracteristico.

Se, ao contrario, ainda não houver ruptura da membrana, a differenciação torna-se menos facil. Uma myringite de igual marcha pode ser confundida com a otite media, mas, ao passo que naquella a membrana do tympano é apenas avermelhada, nesta tem a mesma coloração e é ainda abahulada para fóra (*bombée* na expressão franceza). Outra affecção, a otite externa diffusa, tambem pode estabelecer confusão com a otite media; na primeira, não ha, entretanto, decrescimento da audição.

Dentre as molestias auriculares externas é a furunculose a mais susceptivel de offerecer duvida,

quanto ao seu diagnostico, com o abcesso agudo da caixa. Mas, se nos dous estados morbidos ha symptomas que os assimilham, em compensação, outros existem, que os distinguem perfeitamente. Assim é que na otite media aguda, a dor se concentra capitalmente na região profunda do ouvido e ao nivel da mastoide, enquanto na furunculose, ella é, por assim dizer, superficial. A demais, nesta affecção, a pressão exercida na altura do tragus e a tracção do pavilhão são meios diagnosticos, em extremo, dolorosos. Na otite media aguda não se observam, em geral, com essas manobras, taes phenomenos dolorosos. Em virtude da localização do furunculo nas proximidades da articulação temporo-maxillar, a dor se exaspera com os movimentos maxillares. E, ás vezes, é tão consideravel e cruel que impossibilita, de alguma sorte, a mastigação. Alem disso, a furunculose auricular, não raro, vem acompanhada de engorgitamento dos ganglios regionaes vizinhos.

Como vimos, são numerosos os elementos de differenciação, mas na maioria das vezes é o exame otoscopico quem nos fornece as bases certas e segura do diagnostico. No caso de furunculose, vamos en contrar na porção cartilaginosa do canal auricular uma saliencia que sobre vermelha e mais ou menos acuminada é dolorosa ao contacto do estylete explorador. Essa saliencia, verdadeiro abcesso do

folliculo pilo-sebaceo, não tardará a se abrir espontaneamente a fim de dar logar á sahida do carnicão.

Nem sempre, porem, existe um só furunculo no conducto. Em pontos oppostos das paredes, outros podem surgir, de maneira a difficultarem, por completo, a intromissão do especulo.

Nas creanças e, capitalmente, nos recem-nascidos, que ainda não sabem gemer e ainda não sabem fallar, os signaes otiticos quasi que passam despercebidos. A natureza, porem, previdente como é, annuncia as dores, os soffrimentos desses pequeninos seres, em casos de flegmão da caixa, por symptomas convulsivantes geraes, como que chamando assim a attenção dos circumstantes.

Para terminar estas considerações, diremos com Guizez que toda a vez que uma creancinha febricitante é acommettida de agitação cerebral, convulsões de origem ignorada, devemos examinar-lhe systematicamente os ouvidos.

CAPITULO II

Prognostico e complicações

I

E' dificil, quando não impossivel, na generalidade dos casos, fazer-se um juizo exacto, um prognostico certo da otite media aguda suppurada. A enorme somma de factores susceptiveis de intervir nas suas diversas phases de evolução, dando-lhe esta ou aquella modalidade clinica, corrobora e justifica a nossa affirmação. No tocante ao prognostico, devemos não somente considerar o perigo vital inherente á molestia, e as consequencias que della possam advir para a funcção auditiva, mas ainda a possibilidade de sua passagem ao estado chronico.

Se, nem sempre é facil, dissemos, prognosticar-se uma otite media purulenta, entretanto podemos accrescentar que a dificuldade não é senão relativa.

De um modo geral, pode dizer-se que uma otite suppurada, de intensidade media, evoluindo num

individuo não debilitado, e tratada convenientemente, termina no fim de tres ou quatro semanas sem complicação, voltando a funcção auditiva ao seu estado normal (Laurens).

Baseando-se o vulgo na cura espontanea da affecção referida em grande numero de casos, julga que os cuidados medicos são dispensaveis. Outros ainda dizem: «o humor morbido sahirá com o pús: aguardemos». Se é exacto que a otite *se cura com o tempo*, tambem é verdade que, as mais das vezes, não se obtem terminação espontanea.

Uma boa therapeutica, muito mais que uma completa indifferença, melhor abriga os otiticos das complicações (Guisez).

A formula de Laurens, acima enunciada, pode, porem, por circumstancias especiaes, e, em consequencia de multiplas complicações (labyrinthite, matoidite, abcessos cerebraes e cerebellosos, meningites, etc) modificar-se muito e assombriar o prognostico. A não serem estas complicações que estudaremos separadamente quaes são os outros factores que concorrem para a gravidade da otite media aguda?

A natureza do agente infectuoso tem uma importancia capital. Assim é que a otite de pneumococcus é menos grave que a de streptococcus. Por outras palavras, a otite pneumococcica tende á benignidade, ao passo que a streptococcica tende á

malignidade. A virulencia do agente pathogeno influe igualmente no prognostico. Formas otiticas particularmente graves são observadas em certas epidemias (scarlatina, sarampam, grippe e outras febres infectuosas) onde, pelo facto de inoculações successivas, naturalmente, o poder virulento dos germens se reforça. O terreno em que evolue a molestia constitue tambem um elemento de grande importancia para o prognostico. Resumindo, dizemos que toda causa de enfraquecimento da resistencia organica representa um factor predisponente para as suppurações do apparelho auditivo.

Nos individuos albuminuricos e diabeticos, nos lymphaticos, e de modo geral, em todos aquelles que têm o organismo debilitado por causas morbidas diversas, o abcesso agudo da caixa pode assumir um caracter muito mais serio do que quando se installa em organismos fortes e anteriormente sadios. Factos clinicos numerosos assim provam-no.

Nos tuberculosos, a otite tem uma evolução lenta e insidiosa. Demais disso, é chronica do começo e, difficilmente, se cura.

O caracter de certos symptomas tambem influe no que diz respeito ao prognostico. A persistencia da dor e da febre depois de uma larga abertura tympanica, e a existencia de extensas lesões da membrana e do quadro osseo que a emmoldura, tornam-no sombrio.

Quanto ao prognostico sob o ponto de vista da funcção auditiva, devemos ter muita reserva. Nada de precipitações; pois que, em geral, só se pode julgar com exactidão do valor auditivo de uma orelha lesada depois de, em absoluto, curada.

II

Com muito acerto incluimos no plano do nosso trabalho o estudo das complicações que sobrevêm no curso da otite media suppurada. Com muito acerto, porque estas determinações morbidas constituem, por assim dizer, o ponto sobre que gravitam todos os perigos da affecção.

Sendo multiplas as complicações e limitado o espaço que dispomos, descreveremos, e em synthese ligeira, apenas aquellas que se nos afiguram mais importantes, não só com relação á frequencia como sob o ponto de vista da gravidade.

Comvem, porem, não esqueçamos que ellas se manifestam tanto mais facilmente quanto mais descurada for a affecção inicial.

Disto resulta, pois, que devemos envidar esfórços e actividade afim de as evitarmos.

As estatisticas são accordes em affirmar que, nestes ultimos annos, pelo aperfeiçoamento dos conhecimentos medicos, o numero das referidas complicações tem decrescido de modo notavel.

Divisão das complicações.—Interessando indiffe-

rentemente á mastoide, ao labyrintho, ao cerebro e seus involucros, aos seios craneanos ou o nervo facial, podem ellas ser classificadas em complicações osseas, cerebraes, venosas ou sinusaes e nervosas.

*
* *

Complicações osseas. Mastoidite.—É sem duvida a mastoidite aguda a mais frequente, a mais habitual das complicações auriculares. Antes que tudo, porem, bom é que precisemos convenientemente os termos: empyema mastoideo, antrite e mastoidite propriamente, em geral, considerados como synonimos. O empyema, pouco e pouco, vae desapparecendo da technologia medica, por isso que é impossivel admittir-se a existencia de pús na apophyse mastoide, no curso de uma otite aguda, no simples estado de passividade, no empyema emfim. A mucosa que tapeta inteiramente o antro mastoideo se não é infectada, desde o inicio, como pensamos, reage secundariamente contra a irritação produzida pelo contacto do pús mais ou menos virulento. Quanto á antrite ou antro-cellulite e á mastoidite—são estados mastoideos muito differentes da evolução inflammatoria. No primeiro caso, ha apenas inflammação da membrana mucosa da mastoide sem participação dos tecidos subjacentes, ao passo que, no segundo, a lesão se estende profundamente e vae interessar ao

proprio osso, produzindo a osteite. Conseguintemente, não é senão a primeira phase da mastoidite ou phase de inflammação mucosa, a qual, pode, por circumstancias especiaes favoraveis ao doente, terminar pela resolução ou, em condições contrarias, ir até á inflammação ossea ou osteite mastoidéa—que constitue anatomo-pathologicamente a mastoidite. Assim differenciados os termos em questão, continuemos a dissertação.

Está muito em voga a opinião affirmativa de que em qualquer otite media suppurada se encontra pús no antro. Lermoyez abrindo systematicamente a apophyse mastoide de varios otiticos encontrou sempre pús nessa cavidade ou diverticulo osseo.

Dr. Labarre tratando nos "Annales des maladies de l'oreille, . . . "de alguns casos de mastoidites agudas não precedidas de otite (formas primitivas) sustenta que a participação do antro ao trabalho da suppuração é antes um phenomeno excepcional.

Parece-nos, porem, que este notavel especialista não tem muita razão ou não tem nenhuma porque se estriba em casos que, como elle proprio affirma, não manisfestaram preludio auricular. Ora, em taes condições, seria contrasenso encontrar-se pús na cavidade antral. Demais disso, essas pretensas formas primitivas, salvas as formas osteomyelitica e tuberculosa, não existem realmente. Ha sempre otite. A questão é que o periodo inflammatorio, nestes

casos, passa tão subito, a ponto de não o percebermos.

Pathogenia.—Phenomenos multiplos intervêm na pathogenia da matoidite aguda. São de ordem septica, contitucional, retentiva e anatomica.

O agente pathogeno alem de uma particular predilecção a originar osteite, pela intensidade de sua virulencia, é capaz de provocar uma infiltração rapida, profunda e extensa da mucosa, que fatalmente serà seguida de necrose com destruição dos tecidos subjacentes: é esta a causa principal da mastoidite (Jacques Fournié).

Realmente, a virulencia microbiana representa papel importantissimo na propagação do processo suppurativo ás cavidades mastoidéas. As frequentes localizações morbidas apophysarias que se observam no curso das epidemias de scarlatina e grippe, com o seu caracter especial de intensivação, demonstram essa grande verdade á luz da evidencia. Luc chega a classificar como otites necrosantes as que se produzem durante essas terriveis epidemias. Tal o seu poder destructivo.

Certos estados geraes (tuberculose, diabete) favorerecendo o desenvolvimento e a extensão do processo suppurativo predispõem a taes determinações osseas.

Os phenomenos de retenção, conforme a opinião de Jacques Fournié, são devidos, as mais das vezes, á intensidade do trabalho suppurativo (hypersecreção

inflammatoria). Em casos mais raros, a retenção resulta de um obstaculo mecanico, já no nivel do conducto por um furunculo ou cerumen, já na propria membrana por uma perfuração insufficiente, emfim no ***aditus ad antrum*** por formações polyposas ou entumescimento da mucosa que reveste este estreito canal.

A disposição anatomica das cellulas mastoidéas nas apophyses muito pneumaticas tambem é um factor de prediposição ás mastoidites agudas. O pús antral, em virtude destas condições embaraçosas, não podendo sahir pela via natural do aditus mais facilmente vae insinuando-se atravez dessas pequenas cavidades (que, como todos sabem, se communicam reciprocamente) ao mesmo tempo que produz a destruição ossea.

Como se reconhece uma mastoidite? Esta affecção se manifesta clinicamente por symptomas geraes e locaes. Dentre os primeiros, é a febre o mais interessante, porem, vezes repetidas, passa sem despertar a attenção.

Os demais apparentam menor importancia. ***Symptomas locaes.***—São estes muito mais significativos. Podem ser divididos em subjectivos e objectivos.

A dor da ponta da mastoide constitue o signal subjectivo por excellencia. Muito pronunciada na generalidade dos casos, pode apresentar irradiações

a todas as partes circumvizinhas. Sua persistencia ou reapparecimento ainda depois de uma larga perfuração tympanica é caracteristica da mastoidite e, consequentemente, de grande valor diagnostico.

Exame objectivo da apophyse mastoide.—Explorando-se minuciosamente esta região iremos observar modificações manifestas. Assim éque na mastoidite declarada, os tegumentos da superficie retro-auricular são notaveis na sua edemação. Uma ligeira pressão exercida em qualquer de seus pontos deixa uma impressão mais ou menos duravel. E se esta experiencia for realizada em phase mais adiantada ainda vamos notar o quer que é de mais importancia, como a fluctuação. O pavilhão da orelha, em consequencia do descollamento periostico produzido pelo pús, é recalcado para fóra, de geito a tornar-se perpendicular á superficie craneana. Isto logo se observa se houver o cuidado de comparal-o com o do lado opposto.

Finalmente o trabalho da fistulisação se realisará com todos os seus inconvenientes se o medico ou especialista não intervier a tempo.

Mastoidite de Bezold.— A mastoidite de Bezold nada mais é que uma consequencia da mastoidite propriamente dita, na qual o pús, em vez de se exteriorisar pela face externa da mastoide, procura a sua parede antero-interna para sahir. Dous factores, alliados ou não, contribuem para a genese

da mastoidite bezoldiana: de um lado, a existencia de cellulas que se prolongam até á ponta da apophyse; e de outro, uma cortical externa muito compacta e resistente.

Nas creanças, cujos prolongamentos apophysarios não apresentam ainda nenhuma das condições referidas, esta forma mastoidiana é, em absoluto, excepcional; é propria da idade adulta. Uma outra particularidade da complicação é ter evolução insidiosa.

Os seus symptomas são os de um verdadeiro abcesso cervical: empastamento profundo, dor, torticolis, etc. Ha um, porém que é caracteristico, ou melhor, pathognomonico: é o refluxo do pús pelo conducto quando se comprime a tumefacção.

A mastoidite de Bezold tem um prognostico serio, vindo acompanhada, muitas vezes, de perturbações cerebraes.

Pyo-labyrynthite.—Não é raro que a orelha interna tambem participe do processo inflammatorio da caixa tympanica. Victor Heinsberg e outros consideram a suppuração labyrinthica como uma das complicações mais habituaes das otorrhéas. Lermoyez baptisa-a acertadamente de meningite localizada. De facto, a pyo-labyrinthite é um passo dado para a meningite. Numa estatistica de Zeroni contendo 40 casos de meningite otogena, 29 succederam a uma suppuração do labyrintho. Dahi veio

Lermoyez a deduzir então a seguinte formula: a orelha media inficiona as meninges, por intermedio da orelha interna, numa proporção de 3 para 4.

Como reconhecer na otite media suppurada a invasão do labyrintho pelo pús? Duas classes de importantes signaes, asssociados ou não, podem conduzir-nos a tal fim: 1.° signaes cochleares; 2.° signaes vestibulares.

Signaes cochleares.— Esta ordem de phenomenos observa-se todas as vezes que é attingido o labyrintho anterior. E, neste caso, é a acumetria qualitativa ou quantitativa que nos vem fornecer os necessarios esclarecimentos.

A pyo-labyrinthite revela por meio das provas acumetricas os seguintes caracteres: ausencia da percepção mastoideana com o relogio ou diapasão; o Weber é lateralisado do lado são ou do menos doente (na hypothese de lesão labyrinthica bilateral) ao contrario do que se observa nas lesões da orelha media em que elle é localisado do lado doente ou mais doente, quando ambos os ouvidos são compromettidos ao mesmo tempo. De geito que, se acompanharmos a infecção na sua rota propagatoria da orelha media às partes profundas (orelha interna) teremos que notar o interessante phenomeno da *inversão* da prova de Weber, que primeiramente lateralisada do lado doente passa, em seguida, ao lado são.

A prova de Rinne é menos precisa que a precedente. Segundo a lei de Lucæ, o Rinne é negativo nas lesões do apparelho de transmissão (orelha externa e media) e positivo nas lesões do apparelho de percepção (orelha interna). Por consequencia, num individuo portador de otite media suppurada, o Rinne deve ser negativo; e se a suppuração se propagar à orelha interna, esse mesmo Rinne tornar-se-á positivo.

Nas lesões do ouvido interno, porem, conforme observação de um grande numero de especialistas, o Rinne só é realmente positivo nos casos de surdez incompleta, nos em que essas mesmas lesões ainda não destruiram, em absoluto, o orgão essencial da audição— o labyrintho. Contrariamente á lei de Lucæ, na surdez labyrinthica unilateral total com integridade anatomica e funccional da orelha opposta, o Rinne é negativo (Lermoyez).

Signaes vestibulares.—Fazem-se as pesquisas destes signaes com o auxilio de varias provas: estaticas, dynamicas e nystagmicas.

Por serem muito fallazes os resultados de suas investigações, deixaremos de parte as provas estaticas e dynamicas; estudaremos unicamente as provas nystagmicas.

Provas nystagmicas.—As chamadas provas nystagmicas são as mais importantes por isso que nos fornecem fieis e seguros resultados.

Que se entende, porem, por nystagmus? Define-o Déjerine: «um verdadeiro tremor associado dos globos oculares».

Graças ao nystagmus, as subjectividades vagas das affecções labyrinthicas transformam-se em objectividades precisas, que se inscrevem e lêm no globo ocular (Fournié).

O nystagmus de origem vestibular, o unico que aqui nos interessa, pode ser espontaneo ou provocado. O primeiro é symptomatico e traduz sempre uma desordem labyrinthica mais ou menos profunda; ao passo que o segundo é um phenomeno reflexo, susceptivel de ser provocado por manobras determinadas.

Nystagmus espontaneo.—No estado normal não se observa nystagmus. Com effeito, não se excita um só nucleo de Deiters, nas condições normaes, ou antes, os dois se estimulam igualmenle; o tonus muscular nos globos oculares mantem-se, portanto, num perfeito estado de equilibrio. Mas, se por uma razão pathologica qualquer este equilibrio muscular se rompe, o nystagmus apparece, e apparece naturalmente do lado do labyrintho cujo tonus é predominante. Supponhamos, por exemplo, que o labyrintho direito seja invadido rapidamente pela suppuração.

Num primeiro tempo, o pús apenas irrita as terminações nervosas das ampolas; estas sendo

excitadas determinam uma especie de contractura não contrabalançada pelo tonus muscular do lado opposto: d'ahi a apparição do nystagmus do lado attingido. Num segundo tempo, o processo suppurativo progredindo destróe as terminações nervosas, e, do mesmo modo, o tonus muscular. A' phase de irritação e de contractura succede a phase de destruição com paralysia funccional. Do lado esquerdo, o tonus continua a existir, mas, como não é mais equilibrado pelo seu congenere do lado contrario, provoca o nystagmus no olho do mesmo lado. Assim, a irritação subita do labyrintho, do mesmo modo que sua destruição, se traduz pela genese de um nystagmus: mas, emquanto pela irritação o nystagmus apparece do lado doente (nystagmus homonymo), nos casos de destruição, pelo contrario, elle se manifesta do são (nystagmus cruzado). Num terceiro tempo, finalmente, desapparecendo todas as desordens, o labyrintho são termina por diminuir seu tonus normal a ponto deste equilibrar-se com seu congenere do lado opposto. A' destruição anatomica, suppurativa do labyrintho direito, o esquerdo oppõe uma inhibição funccional compensadora, e assim desapparece o nystagmus espontaneo.

Pelo que acabamos de ver nas linhas precedentes, o nystagmus espontaneo revela sempre um estado morbido; é por conseguinte, um

bom indice de diagnostico. Precisa, porem, para que elle caracterise uma alteração vestibular, que sejam observadas as circumstancias seguintes: 1.º ausencia de lesão ocular ou affecção nervosa central; 2.º existencia de molestia auricular em plena evolução; 3.º existencia de outros signaes (vertigem, Romberg, etc).

Nystagmus provocado.—Como sabemos, o nystagmus vestibular pode tambem produzir-se por meio de artificios especiaes (excitação galvanica, excitação pelo movimento rotatorio e excitação thermica) chamados provas nystagmicas.

Prova galvanica.—Erb admitte que a corrente galvanica diminue a excitabilidade da metade do cerebro correspondente ao polo positivo e a augumenta na metade ligada ao polo negativo. A applicação do polo positivo numa orelha produz, pois, um enfraquecimento da excitabilidade deste lado, e o desequilibrio se traduz por um nystagmus do lado opposto que se torna predominante. Inversamente, a applicação do polo negativo provoca um nystagmus do mesmo lado. Quando esta prova não faz apparecer o nystagmus ha abolição funccional do vestibulo; pelo contrario, a presença do nystagmus assignala a integridade dos canaes semi-circulares. Este meio de investigação reflexa não é, porem, muito fiel. Pode ser negativo em casos de integridade auricular, e, ao contrario, positivo,

depois de um esvaziamento completo do labyrintho (Neumann). Por isso, como meio de diagnostico, não tem senão um valor relativo.

Prova rotatoria—Quando se faz girar, varias vezes, um individuo normal em torno de seu eixo (rotação activa) ou de qualquer eixo vertical (rotação passiva) produz-se nesse individuo vertigem precedida ou acompanhada de nystagmus.

O mecanismo deste reflexo é explicado facilmente pela experiencia de Ewald. Na rotação ordinaria, o liquido endo-lymphatico se desloca do mesmo modo que a cabeça e o labyrintho; mas, quando se detêm as movimentos de rotação, o liquido, em virtude da lei da inercia dos corpos, ainda continua a se mover. Ha, pois, pela parada, um movimento de liquido nos dous canaes semi-circulares horizontaes, cujo sentido não é senão o da rotação. Fazendo-se, por exemplo, o individuo volver da direita para a esquerda, o liquido, pelo repouso, continua a girar no mesmo sentido, isto é, da direita para a esquerda.

Applicando-se os dados da experiencia de Ewald a este movimento endo-vestibular, veremos que no labyrintho direito o fluxo endo-lymphatico faz-se do arco para a ampola (fluxo efficaz) e provoca o nystagmus á direita. Do lado esquerdo, a corrente foge da ampola.

Assim, a rotação no sentido dextrorsum pro-

voca o nystagmus á esquerda, ao passo que no no sentido sinistrorsum, o produz á direita. Digamos, de modo geral, que, para interrogar um canal semi-circular, é necessario rodar o individuo do lado opposto ao canal considerado e praticar o exame ocular desde que cessa a rotação; este é o reflexo denominado post-nystagmico.

O resultado da prova rotatoria será positivo ou negativo conforme esteja ou não integra a via vestibular.

Prova thermica.—A apparição de tremores nystagmicos rythmados consecutiva a uma excitação thermica auricular foi observada successivamente por Barany, Flourens e Babinski. Esta experiencia é ainda chamada, muito justamente, prova de Barany, porque foi quem a imaginou. Repousa sobre o principio physico seguinte: resfriando-se ou aquecendo-se a parte inferior de um vaso cheio de liquido de temperatura dada (37° por ex,) determina-se um abaixamento ou uma elevação da temperatura das camadas liquidas inferiores. Desta variação de densidade resulta um movimento molecular que se estabelece de cima para baixo, no caso de resfriamento, porque as camadas frias sendo mais pesadas cahem no fundo do vaso, e de baixo para cima, pelo facto do aquecimento, indo as moleculas quentes mais leves para a superficie. Barany transportando esta theoria do dominio physico para o

campo physiologico explica da seguinte maneira a origem da excitação. Determinando-se por esse mecanismo uma alteração da temperatura do liquido endo-lymphatico, constitue-se, em virtude do desequilibrio das densidades, uma corrente molecular, a qual, fazendo oscillar os cilios vibrateis das ampolas dos canaes semi-circulares, termina por excital-os.

Esta prova tem uma dupla vantagem: é de facil execução e exclue, em absoluto, o labyrintho não interrogado. Tambem é a que conta actualmente maior numero de adeptos, taes quaes, Barany, Hautant, Lermoyez, Neumann, Von Stein e outros.

Tres hypotheses se podem dar na prova thermica: (*a*) o reflexo produzido é normal; (*b*) é exagerado; (*c*) é annullado ou negativo.

O reflexo sendo normal quer dizer que ha integridade do nervo vestibular; o labyrintho permanece intacto. Ao passo que estando annullado, a menos que não exista nenhum obstaculo no conducto ou na caixa (cerumen, polypo, cholesteatoma), pode concluir-se que o orgão é destruido; de onde a abolição funccional dos canaes semi-circulares. Quando, porem, o reflexo vem exagerado não lhe devemos dar muita importancia. E' isto consequencia da acção directa da agua, em virtude de uma larga perfuração tympanica ou outra causa qualquer, sobre a parede labyrinthica.

Não se trata de uma hyper-excitabilidade verdadeira.

Estudadas, em rapida synthese, as principaes provas nystagmicas susceptiveis de traduzir a normalidade ou a anormalidade do vestibulo, passemos a outra ordem de considerações do processo suppurativo labyrinthico.

Diagnostico.—A pyo-labyrintite se distingue perfeitamente das demais complicações auriculares. O labyrinthismo somente poderá, nos individuos nervosos, estabelecer confusão; mas, neste caso, a paracentese do tympano fazendo cessar a compressão da janella oval—causa das perturbações do equilibrio nos tirará a duvida que, por ventura, paire no espirito.

Prognostico. — As suppurações do labyrintho são complicações muito graves da otite media. Abrem a porta á infecção meningéa e produzem muitas vezes abcessos no cerebro e no cerebello (Okada). Demais disso, podem acarretar graves e irremediaveis desordens para a importante funcção auditiva. Portanto, não só sob o ponto de vista vital como ainda funccional, as pyo-labyrinthites têm prognostico muito serio.

* * *

Complicações cerebraes. — As alterações que se produzem nos centros nervosos, deparam-se-nos como serias complicações da otite media suppurada.

A infecção pode propagar-se da orelha ao interior do craneo, segundo dous modos differentes: por contiguidade e por continuidade. No primeiro caso, o osso conservando a sua integridade, a propagação é indirecta: são os vasos vizinhos e os canaliculos osseos que transmittem a infecção; no segundo, ao contrario, havendo perfuração congenita ou pathologica (osteite) do osso intermedio, é, como se vê, directa.

A retenção de pús no interior da caixa e do antro é a causa primordial dessas malfadadas complicações. Uma operação incompleta, diffundindo e exaltando, a um tempo, os germens septicos, pode acompanhar-se de manifestações cerebraes (Laurens). Seguindo o curso da infecção nas differentes partes nervosas, observaremos, successivamente, as collecções sub-duraes, a meningite, e finalmente, os abcessos cerebraes e cerebellosos.

Collecções sub-duraes.—As collecções sub-duraes ou extra-duraes, como tambem são chamadas, sobrevêm commummente ás otites medias agudas. Ellas se installam em pontos diversos do involucro externo cerebral, mas ha, segundo Laurens, tres pontos especiaes de localização, que são: a parte superior do tegmen, o ponto interposto á mastoide e ao seio lateral, e a face posterior do rochedo.

No abcesso dural, uma vez constituido, o pús tem naturalmente de procurar uma sahida—regra

seguida por todas as suppurações. Este, então libertado, poderá dirigir-se ou para a peripheria, o que é rarissimo, ou para as partes profundas, onde, por sua vez, originará complicações ainda mais graves, como meningite, abcessos cerebraes e cerebellosos.

A symptomatologia do abcesso sub-dural, em seu inicio, não é nada caracteristica; ao contrario, é susceptivel de confundir-se com a da mastoidite ou mesmo da otite. De mais, é muito insidiosa a sua physionomia—dizem os auctores.

Entretanto, quando a collecção, adquirindo um desenvolvimento mais ou menos exaggerado, determina compressão cerebral, vamos observar uma serie de signaes importantes (retardamento do pulso, vomitos, cephalalgia, aphasia, etc).

Abandonado a si proprio, o abcesso segue marcha progressiva, e a gravidade cresce na razão directa do seu estadio evolutivo, isto é, o prognostico é tanto mais sombrio quanto mais adiantada a affecção, quanto mais tarde firmado o diagnostico. A cura espontanea é excepcional.

Meningite. Definição.—Chama-se meningite otogena a determinação inflammatoria das meninges produzida por infecção de origem auricular.

De ordinario, a complicação meningéa representa o termo final, o epilogo do sensacional drama otico-cerebral. Vezes raras, poderá surgir num dos estadios intermedios da infecção nervosa ascen-

dente ou, ainda, constituir-se a primeira das localizações intra-craneanas. Até o seculo passado, aos medicos se lhes deparava a meningite como um verdadeiro phantasma pathologico. E nem poderia deixar de o ser, porquanto, naquella epoca, "affirmar uma meningite era pronunciar nma sentença de morte".

A pseudo-meningite de Bouchut que mais tarde Dupré chamou meningismo, era capaz de lembrar em tudo a meningite, salvo na morte (Lermoyez).

A incurabilidade desta affecção era, pois, um dogma para os medicos de então. Mas, com o dobar das éras, com o continuo progredir das sciencias medicas, e, graças aos numerosos casos de cura, as opiniões, a pouco e pouco, se foram modificando, e finalmente, eis que, em nossos dias, baqueia o antigo preceito da não curabilidade, diante da portentosa puncção lombar de Quincke.

Symptomatologia.—A meningite otogena typica é uma affecção que evolue em poucos dias e apresenta uma physionomia clinica caracteristica. Eis como a descreve Lermoyez:

« Elle débute par une période d'excitation. Trois grands symptômes entrent d'abord en scéne: céphalalgie, vomissements, constipation, dont le groupement forme le célèbre « trépied méningitique ». La fiévre éclate. Apparaît en même temps une hyperesthésie généralisée, renforcée de petites secousses

convulsives. La tête se raidit en extension. Le corps se pelotonne en «chien de fusil». Les yeux fuient la lumiére. La bouche laisse échapper le plaintif «cri hydrencéphalique» de Coindet.

Vers le quatriéme jour arrive la période de dépression. Il y a moins d'hyperesthésie, moins de cris. Les vomissements cessent. La céphalalgie s'adoucit. La somnolence, qui progresse, donne á l'entourage l'illusion du mieux. Mais le médecin ne s'y leurre point qui voit un ventre se creuser en bateau, ou s'accuse la «tache méningitique» de Trousseau, qui regarde sur un visage plus calme passer des bouffées de rougeur, qui constate l'irrégularité de la respiration, qui note la dissociation du pouls ralenti et de la température élevée, qui assiste enfin á des crises passagéres d'excitation, contractures des muscles de la nuque et de l'œil, convulsions souvent limitées á un membre.

Quelques jours encore, et voici que la période paralytique améne le dénouement. Des paralysies frappent le corps partiellement, irréguliérement. La fiévre monte; le pouls s'affole; la respiration s'embarrasse. Et, dans le coma qui lui masque la mort, le malade succombe á une convulsion brusque ou á une asphyxie lente».

Pois o vimos, este é o typo da meningite franca, da meningite de evolução rapida. Os casos dessa natureza são, porem, raros. A vez e vez, ella se nos

apresenta como uma molestia de duração indeterminada e com um caracter clinico muito differente daquelle traçado por Lermoyez. Alem disso, a meningite não depara sempre a morte em seu termino. Afóra as curas espontaneas, outras ha, em grande numero, que se obtêm, graças a uma precoce e conveniente intervenção cirurgica.

Diagnostico.—Distinguir a meningite otogena aguda das outras complicações cerebraes (meningite tuberculosa, abcessos, etc) é, em geral, facil. Algumas destas, entretanto, por simularem, ás vezes, verdadeiras meningites, têm sido factores de muitos erros em clinica.

A meningite tuberculosa pode estabelecer confusão, mas a existencia habitual de prodromos nesta affecção e a presença ou não do bacillo de Kock no liquido cephalo-rachidiano extrahido por puncção lombar exclue qualquer duvida dentre ellas.

Na meningite cerebro-espinhal epidemica é ainda o exame macro e microscopico deste liquido que nos fornecerá dados precisos, porquanto a tensão da nuca (*raideur de la nuque*) e c signal de Kernig (impossibilidade para o doente de estender as pernas quando sentado ao leito) são communs ás duas affecções.

O abcesso cerebral caracterisa-se pela sua evolução lenta e pelos resultados negativos da puncção.

Pela similhança dos symptomas, o menin-

gismo, não raro, tem sido tomado por uma meningite. No caso de duvida, a paracentese tympanica estabelecerá o diagnostico differencial.

Prognostico.—Por menos grave que se nos pareça a meningite devemos temel-a sempre. Pois, em casos apparentemente benignos, podemos, de chofre, ser surprehendidos por symptomas alarmantes e mesmo fataes.

Em geral, ella nos objectiva maior gravidade, quando a infecção em vez de propagar-se da orelha media ás meninges, por via ossea, o faz por via labyrinthica. Com effeito, nas suppurações do labyrintho, como sabemos, o pús vae, atravez do conducto auditivo interno e do aqueducto do vestibulo, ter accesso na fossa cerebellosa, onde compromettendo o bolbo—*noli me tangere* da meningite—produz inhibição respiratoria e circulatoria. Deste facto deduzem ordinariamente que uma meningite é tanto mais grave quanto mais proxima é a sua localização do bolbo.

As taras individuaes, a idade, a marcha da affecção e a natureza dos seus symptomas são outros tantos factores importantes a considerar no que respeita ao prognostico.

Abcesso cerebral.—Unico ou multiplo, o abcesso cerebral representa uma das mais terriveis complicações intracraneanas.

Ao contrario da meningite que, quasi sempre,

é consecutiva á otite media aguda, elle surge com predominancia nas affecções auriculares chronicas.

Como explicar este facto? Muito simples e racionalmente. No primeiro caso, otite aguda, não ha tempo para que se realisem as adherencias meningéas, e, por consequencia, a infecção vinda do fóco causal, facil e rapida se diffunde: constitue-se a meningite; ao passo que no segundo, a organização de taes adherencias impede a propagação, e a molestia fica portanto localizada.

A symptomatologia do abcesso cerebral é muito variavel. A's vezes, o doente cae bruscamente num estado comatoso, que termina habitualmente pela morte. Em outros casos, aliás mais numerosos, o inicio e o modo de evoluir da affecção são insidiosos. O doente diz experimentar, a principio, dores indefinidas, mal-estar geral, indisposições, inappetencia.

Depois, estes symptomas, a par de outros que surgem, se accentuam, e o abcesso torna-se claro.

Bergmann divide os signaes clinicos do abcesso cerebral em tres grupos: signaes de suppuração, signaes de compressão e signaes de localização. Dentre os primeiros, merece especial menção a febre por ser constante. Raro, porem é elevada. Os phenomenos de proveniencia compressiva são representados por vomitos, vertigens e, principalmente, pela cephaléa—um dos symptomas primordiaes do abcesso. Os ultimos signaes da classificação de

Bergmann, isto é, os de localização são os mais importantes, porquanto nos permittem determinar o lado da lesão. Assim é que sendo a terceira circumvolução frontal esquerda ou circumvolução de Broca a séde do abcesso, notaremos phenomenos de alto valor clinico, taes quaes, aphasia motora, ceguoira verbal ou alexia, anosmia e hemianesthesia do lado opposto.

Diagnostico. — Para o diagnostico do abcesso cerebral devemos, accorde com Luc, considerar um duplo problema: o da existencia e o da situação do abcesso.

Existencia do abcesso. — Uma cephaléa tenaz e intensa acompanhada do retardamento das pulsações, febre, paralysias—typo hemiplegico ou paraplegico, num individuo otitico, levar-nos-á, naturalmente, a pensar em abcesso. Mas, nem sempre estes symptomas são manifestos.

Diagnostico da localização.—Quando o abcesso tem séde na região esquerda do cerebro, é, em geral, muito facil o diagnostico differencial. Por causa da compressão dos centros nervosos locaes e circumvizinhos o doente se nos apresenta com um especial quadro clinico cerebral (aphasia, surdez e cegueira verbal, jargonaphasia, etc,). O diagnostico do abcesso direito, pela ausencia de signaes precisos, é mais cheio de difficuldades; porem, se a existencia daquelles signaes caracteriza o abcesso

esquerdo, sua ausencia, imprescindivelmente, será indicativa do abcesso direito, em casos de symptomas outros pathognomonicos.

Abcesso cerebelloso. — O abcesso cerebelloso, como seu nome indica, nada mais é que uma determinação suppurativa do cerebello. Commummente a séde da affecção é a região antero-externa do orgão, isto é, a parte que relaciona ao antro e ao labyrintho.

As causas determinantes e predisponentes são identicas ás do abcesso cerebral. Seus symptomas, entretanto, differem. Os vomitos e as vertigens mostram-se mais frequentes e pronunciados; a cephaléa é vehemente, sobretudo, na região do occiput (signal considerado pathognomonico). Alem destes, ha um outro caracter importante das localizações cerebellosas—é o emmagrecimento rapido que apresentam os doentes.

Sua terminação é sempre fatal.

*
* *

Complicações venosas.—Em vista das suas estreitas relações de vizinhança com as cavidades do ouvido, o systema venoso intra-craneano é igualmente susceptivel de ser attingido pela infecção otica. Dentre os canaes sanguineos cerebraes, o seio lateral é onde mais facilmente se repercutem as determinações infectuosas auriculares. Alem de re-

lacionar-se com o antro e as cellulas mastoidéas; este seio ainda recebe numerosos affluentes vindos dessas mesmas regiões. Pelo que a infecção sinusal se faz tanto por contiguidade (processos de osteite, etc) como por continuidade (neste caso, os germens septicos sendo arrastados pela corrente sanguinea dos ramos anastomoticos regionaes).

Como quer que seja o modo de contaminação, podem dar-se duas hypotheses: ou o seio reage formando um thrombus no ponto de invasão, o qual interrompe parcial ou totalmente o curso do sangue neste departamento vascular; ou não reage, e a infecção se generaliza, diffunde por todo organismo. Dahi, portanto, duas variedades de pyemias otogenas: uma localizada—a pyemia com thrombose; outra generalizada—a pyemia sem thrombose do seio lateral ou septicemia.

Pyemia com thrombose. — Como vimos, é o seio lateral que, nas affecções auriculares, constitue a séde habitual da formação do thrombus. Este, uma vez originado, augmenta, a pouco e pouco, de volume e termina, como de ordinario, pela obliteração e parada consecutiva da circulação em seu interior.

Symptomatologia. — Os symptomas da thrombose sinusal são extremamente variaveis e é com frequencia que surgem de chofre. O doente começa por experimentar na parte mais recuada da apophyse mastoide dores acompanhadas de cephalalgia

e elevação thermica. Dias depois estes accidentes se accentuam: a febre augmenta e toma o caracter dos accessos palustres com as suas phases de frio, calor e suor; a cephalalgia é intensa.

Um signal muito importante da thrombo-sinusite é a presença, no nivel do antro mastoideo, de um ponto dolorosissimo, ão qual deu Laurens a denominação de *grito da pyemia* (signal constante).

Se o processo se estende aos outros seios e o thrombus obsta completamente o curso sanguineo, symptomas diversos se nos apresentam de accordo com a parte obliterada.

A propagação da thrombo-phlebite á veia jugular interna é facil de ser reconhecida clinicamente. Pela palpação do vaso, nota-se a presença de um cordão endurecido e doloroso; ha torticolis do lado correspondente. A auscultação dá resultado negativo, isto é, não revelá o sopro venoso que sè observa nas condições normaes (signal de Voss).

A parada do sangue na jugular interna determina tambem para o lado da jugular externa certas modificações que variam conforme o thrombus naquelle vaso se estende á sua parte superior ou inferior.

No primeiro caso, a jugular externa encontrando maior facilidade para sua evacuação, torna-se menos perceptivel que do lado são; ao contrario, apresenta-se anormalmente turgescente se o thrombus

desce até ao ponto de emboccadura da jugular interna na sub-clavia. Do mesmo modo que a jugular, os seios cavernoso e longitudinal podem ser attingidos pelo processo morbido.

A localização, ou melhor, a formação do thrombus no interior destes canaes sanguineo é revelada clinicamente por symptomas especiaes, variaveis com a região compromettida. Assim é que, em virtude da communicação do seio cavernoso com os vãsos da orbita e da face, a thrombose do referido seio se traduz, objectivamente, por alterações na altura destes orgãos (turgidez das venulas retinianas, exophtalmia, edema palpebral e frontal, etc).

Quando, em contraposição, é o seio longitudinal séde da lesão, vamos então observar um phenomeno interessante a — turgescencia dos vasos do couro cabelludo (signal de Lermoyez), resultante do obstaculo opposto pelo thrombus á circulação venosa nesta parte.

As metastases constituem um outro signal importante das thrombo-phlebites. Resultam do transporte á distancia e a pontos multiplos, pela torrente circulatoria, de particulas infectuosas que se desaggregam dos vasos thrombosados. Os pulmões representam, por assim dizer, o receptaculo, a séde de predilecção destas embolias septicas particularmente graves e desastrosas.

A thrombo-phlebite do seio lateral não sendo tratada termina, em geral, pela morte. Entretanto, isso não succede, se o medico intervindo, desde cedo, institue o tratamento apropriado — que deve consistir na abertura e drenagem cuidadosa do seio.

A proposito, citamos um caso fatal de complicação venosa observado em junho deste anno. (1)

Pyemia sem thrombose do seio lateral. — Esta variedade de pyemia, não menos frequente, apresenta-se com symptomas clinicos muito semelhantes aos da pyemia com thrombose.

Distinguem-se, entretanto, por alguns signaes especiaes. E' assim que naquella não se observam

---

(1) Trata-se de um individuo maritimo, preto, 35 annos, que se apresentára no hospital, queixando-se de fortes dóres no ouvido direito, cujo orgão sentia o doente a modo que cheio d'agua Antecedentes: tinha por habito, attenta sua profissão, exercer funcções de mergulhador — motivo que o levára a crer que a *agua do ouvido* provinha dahi. Diagnosticou-se uma otite media aguda catarrhal, marcando-se para o dia immediato a paracentese do tympano. Não se realisou, porem, esta intervenção, por isso que o paciente deixára de comparecer no dia determinado, só o fazendo tres dias depois, quando já se tinha dado a ruptura natural. Instituindo-se um tratamento apropriado, correu tudo de geito que o paciente, julgando-se curado, não mais voltou a fazer curativo. Resultado: nova retenção de exsudato com propagação do processo, desta vez, aos orgãos vizinhos. Em virtude das dores resurgirem terriveis, o pobre doente ficou impossibilitado de vir á terra, morrendo a bordo da barca, poucos dias após. Enviado o cadaver pela policia do porto ao Instituto Nina Rodrigues, procedeu-se á respectiva autopsia (Dr Oscar Freire) verificando-se como *causa mortis*: hemorrhagia em consequencia de ruptura do golfo da veia jugular interna direita.

phenomenos de obliteração vascular, o que, aliás, é um caracteristico desta ultima. Outra particularidade: ao passo que a thrombo-phlebite, quasi sempre, provem de affecções chronicas, a pyemia sem thrombose, ao contrario, surge no curso das affecções agudas.

Na septicemia otogena tambem se produzem accidentes metastaticos por embolias, mas estas, em vez de se deterem no nivel dos pulmões — o que constitue regra nas thrombo-phlebites, vão localizar-se em pontos mais afastados (musculos, articulações, etc). Este facto singular resulta disto que, no primeiro caso, os embolos (fragmentos de coagulos) sendo volumosos, não conseguem atravessar as ramificações ultimas do pulmão, e ahi ficam; enquânto, no segundo, as embolias que são representadas pelos proprios microbios, se insinuam, graças ás suas dimensões microscopicas, atravez das mais finas arborisações e passam, em seguida, á circulação da arvore arterial. Dahi, tomando as direcções mais variadas, podem originar metastases multiplas e, de preferencia, periphericas.

O prognostico mostra-se relativamente benigno; pois, a cura é frequente.

*
* *

Complicações nervosas. — São particularmente frequentes no curso das otites agudas e, em particular,

das affecções chronicas da orelha media, as alterações que se dão para o lado do nervo facial, que, como sabemos, entretem importantes relações com a caixa do tympano e do qual apenas está separado por uma delgada lamina de tecido osseo. Um simples accúmulo de pús nessa cavidade ou a necrose das suas paredes, é capaz de, ou por compressão ou por inflammação do nervo, determinar desde a inhibição transitoria até á paralysia definitiva.

Por ahi podemos avaliar a seria gravidade da determinação morbida.

Symptomatologia. — Os signaes provenientes da paralysia do facial variam de accordo com a séde da alteração. E' assim que sendo, por exemplo, a lesão localizada do lado direito, vamos, em consequencia do desequilibrio do tonus muscular, observar o desvio da bocca para o lado opposto, isto é, á esquerda.

Em virtude da inactividade do mesmo nervo, as palpebras correspondentes ao lado doente não mais se aconchegam como no estado normal.

Conforme ainda o nivel do nervo em que se assestou a lesão, no seu trajecto do conducto auditivo interno ao buraco stylo-mastoideo, symptomas outros se nos apresentam, taes quaes, modificação do sentido gustativo e da secreção salivar (alteração da corda do tympano), zunidos e surdez na paralysia do musculo do estribo; e se o ganglio geni-

culado chega a ser attingido pelo processo imflammatorio, notaremos ainda a paralysia do véo do paladar.

O prognostico é tanto mais grave quanto mais accentuada a paralysia. A demais, este phenomeno paralytico constitue, nas affecções da orelha media, um signal de alarma serio, indicativo da transposição, pelo processo, do limite do campo oto-mastoideo, e que, portanto, será facil encaminhar-se pelas vias do conducto auditivo interno e do hiatus de Fallope, directamente ao cerebro, e comprometter as meninges.

Na paralysia facial de procedencia otica, Laurens é de opinião que o especialista deve, com a maxima previdencia, intervir cirurgicamente: por uma paracentese se a otite é aguda, por uma trepanação se a mastoidite é recente e, finalmente, por um esvaziamento petro-mastoideo se a otorrhéa é chronica.

Realisadas, a tempo, estas intervenções, evita-se a incurabilidade.

Oculo-motor externo. — O nervo oculo-motor externo ou ***abducens*** pode tambem apresentar phenomenos de paralysia, no curso da otite media aguda purulenta. Um caso muito interessante foi observado e publicado por Luigi Leto, em abril de 1911 (***Bolletino delle malattie dell'orecchio***).

CAPITULO III

Tratamento medico e cirurgico

Grave pelas complicações intercorrentes, grave ainda por suas multiplas consequencias, a otite media aguda suppurada é uma affecção que reclama do medico e, em particular, do otologista, excessivo cuidado e absoluta attenção. Não é, como vulgarmente se pensa, molestia de pequena importancia, estado morbido banal que desapparece sempre por si e sem deixar traços na sua passagem. Verdade é que, em determinados casos, a otite pode curar-se independente de qualquer intervenção medica, porem a cura espontanea e absoluta, isto é, não acompanhada de perturbações funccionaes, immediatas ou mediatas, constitue um facto puramente excepcional.

Em grande copia de casos permanecem vestigios de alteração — possivel prologo de uma surdez

futura. Entretanto, assim não succede, se se institue, do começo ao fim da molestia, uma therapeutica apropriada e racional.

O abcesso agudo da caixa do tympano provindo, as mais das vezes, como sabemos, de infecções do territorio rhino-pharyngeo, é logico e evidente que um tratamento prophylactivo ou preservativo, queremos dizer, um tratamento que evite ou restrinja as possibilidades de contaminação tympanica tambem tem importancia palpitante.

Estudaremos, pois, successivamente, o tratamento prophylactico e o curativo.

Tratamento prophylactico. — Para prevenir o desenvolvimento de uma otite o medico deve ter em mira não só os factores accidentaes (resfriamentos) mas ainda os factores morbidos diversos.

As correntes de ar frio constituindo causas frequentes de coryza devem ser, quanto possivel, evitadas, pois, esta affecção é capaz de originar a otite. O mesmo agente physico actuando directamente sobre a membrana tympanica produz identico resultado.

Factores morbidos. — O tratamento hygienico convem ser instituido igualmente nas affecções do nariz, do cavum e do pharynge buccal. Ao medico, cumpre, por conseguinte, tratar no nariz — as rhinites agudas, as rhinites chronicas (trophicas e hypertrophicas) e os tumores polypoides ou de outra

natureza; no cavum—retirar, por curetagem, as vegetações adenoides; e no pharynge—fazer a ablação das amygdalas volumosas e infectadas, ou a sua discisão, nos casos de amygdalites crypticas lacunares ou amygdalites caseosas.

Tratamento curativo. — O tratamento da otite media comporta indicações que differem conforme o periodo evolutivo em que se nos apresenta. Na sua primeira phase, ou melhor, na phase de inflammação aguda da mucosa tympanica, pode-se prescrever racionalmente uma therapeutica, a um tempo, calmante, resolutiva e antiseptica. Este tratamento, denominado abortivo, consiste no emprego da glycerina phenicada quente (1 gramma para 20), em instillações, no ouvido, duas ou mais vezes por dia. A inocuidade de uma solução tão concentrada parece, á primeira vista, illusoria; mas não, é real. A glycerina, quando de mistura com o phenol, tira-lhe a acção irritante e caustica: eis ahi uma das suas importantes propriedades. Prescrevem-se tambem applicações de compressas humidas quentes no nivel do pavilhão e da apophyse mastoide. E, se isto não é sufficiente para calmar os phenomenos dolorosos, recorre-se ainda ás applicações permanentes de gelo encerrado em saccos de borracha, tendo-se, porem, o cuidado de evitar penetração de agua gelada no conducto. O frio não deve ser em-

pregado senão externamente: *calor intus, frigor extra*, tal é o criterio therapeutico.

Dr. Eduardo Moraes tendo em vista as propriedades, ao mesmo tempo, calmantes, emollientes e antisepticas da ouataplasma de Langlebert, vae empregado com vantanjosos resultados na clinica civil e hospitalar.

Uma medicação derivativa (purgativos) com o fim de descongestionar a cabeça e uma boa antisepsia do nariz e da garganta (pomada mentholada) auxiliam em grande parte a resolução.

Tratando destas prescripções que, na verdade, são efficazes, convem que lembremos ou mesmo insistamos sobre o que *não se deve fazer.*

As lavagens de infusos de malva e outras substancias vegetaes, as celebres soluções boricadas, tão preconisadas pelo povo e pelos medicos ignorantes e rotineiros, bem como o emprego de leite de peito!, balsamo tranquillo, oleo de camomilla, amendoas doces, etc, devem ser repellidas terminantemente, porque, alem de não exercerem acção curativa de especie alguma, constituem vehiculos certos de infecção. Quando muito, com o fim exclusivo de manter um certo estado de antisepsia do conducto auricular, podemos prescrever irrigações de agua oxygenada pura.

Se, a despeito de todos os cuidados therapeuticos que acabamos de aconselhar, a affecção pro-

gride e a suppuração se estabelece, uma nova indicação virá impor a sua opportunidade: é a paracentese tympanica.

Constituindo a otite media aguda purulenta um verdadeiro abcesso quente da caixa, a incisão da membrana do tympano não é, em summa, senão a applicação a um caso particular deste principio de cirurgia geral que *todo abcesso deve ser aberto o mais largamente possivel.*

Devemos esforçar-nos por combater e dissuadir o povo do absurdo preconceito de que a incisão do tympano produz surdez. E' a não-abertura, ao contrario, que prolongando a retenção do pús e facilitando sua propagação á orelha interna, mais facilmente originará essa alteração.

A paracentese é uma operação admiravel e providencial; pois, por si só, pode salvar a vida de um doente. A demais, calma instantaneamente as dores mais atrozes e previne a diffusão do pús, causa das complicações. Ella dá bons resultados mesmo quando já existem ameaços de mastoidite ou mastoidite franca, como veremos pelas observações. Por isso são exagerados todos aquelles que, sem outra intervenção (paracentese), praticam immediatamente a trepanação da mastoide).

Indicações da paracentese do tympano. — Esta pequena e delicada operação tem por fim dar sahida ao pús contido no interior da caixa.

Segundo o professor Laurens, é sabiamente indicada: 1.º se ha phenomenos geraes (febre) ou meningeos persistentes, 2.º se as dores são violentas e provocam insomnia; 3.º se os signaes locaes (recalcamento ou saliencia do tympano, sensibilidade e tumefacção da mastoide) são muito accentuados; 4.º nas otites provenientes de molestias infectuosas geraes; 5.º se ha perfuração, natural ou artificial, porem insufficiente pela sua exiguidade ou situação (parte superior da membrana).

Preparativos cirurgicos.—Antisepsia. Anesthesia.

A desinfecção do campo cirurgico é uma operação preliminar inteiramente indispensavel. Verdade é que nunca se obtem (mormente se o doente tem feito uso de panacéas septicas, como sejam, balsamos, oleos e infusos vegetaes) a asepsia absoluta do conducto ainda mesmo praticando uma rigorosa antisepsia. Mas, se uma asepsia completa é irrealisavel, uma esterilidade relativa todavia é possivel.

Em primeiro logar, desembaraça-se, por meio de pequenos tampões em estyletes porta-algodão, o conducto do cerumen ou pús que d'acaso exista; depois banha-se a orelha, durante cinco ou dez minutos, com um pouco de agua oxygenada, e enxuga-se do melhor geito possivel. Feito isto, pincella-se toda a superficie do conducto auricular com tintura iodada, procedendo-se em seguida á anesthesia.

Diversas soluções ou misturas têm sido cons

tantemente empregadas com o fim de insensibilisar a membrana do tympano (séde da operação). A solução de cocaina a 10 ou 20 °/₀, a mistura de Gray (chlorhydrato de cocaina, alcool a 90° e oleo de anilina) produzem satisfactorios resultados, porem o anesthesico ideal, aquelle que possue acção mais prompta e efficaz é, não ha duvida, o liquido de Bonain, assim formulado:

Chlorhydrato de cocaina . . .	aná 1 gramma
Menthol	
Acido phenico	

O anesthesico de Bonain applica-se, ás gottas, no fundo do canal auricular, ou, como é melhor, embebendo-se na mistura tampões de algodão esterilisado, que se deixam em contacto com o tympano, durante cinco minutos, pelo menos. Sob a acção do liquido, a membrana toma uma cor branca especial—indicadora da anesthesia.

Pessoalmente, na clinica hospitalar, temos observado, variadas vezes, a efficacia e as vantagens do Bonain. Os doentes, quasi sempre, não experimentam senão uma dor minima, perfeitamente toleravel.

Instrumental. — No momento da operação o medico deve ter ao seu alcance, rigorosamente esterilisados, todos os instrumentos necessarios (especulo, pinças, estyletes porta-algodão, agulha de paracentese, etc). Para um bom exito operatorio é indispen-

savel que a pequena lanceta, denominada agulha de paracentese, tenha a ponta bem afilada. Assim se evita a possibilidade de o doente sentir maiores dores, e a operação faz-se com extraordinaria rapidez.

Technica operatoria. — Collocado o doente em posição de exame otoscopico, um auxiliar apoiará fortemente a cabeça do mesmo, afim de evitar que nos seus movimentos instinctivos de defeza, o cirurgião fira involuntariamente o conducto. Feito isto, depois, bem entendido, da anesthesia do tympano e do cumprimento fiel de todos os preceitos da antisepsia, o operador introduzirá no conducto um especulo, largo quanto possivel (com a mão esquerda no ouvido esquerdo e com a mão direita no ouvido direito), e de modo a conseguir uma illuminação conveniente de toda a superficie tympanica. Num outro tempo, a membrana já estando alumiada, o cirurgião toma a agulha de paracentese e realiza a incisão. E' excusado lembrar que esta, salvo circumstancias imprevistas, deve ser praticada de baixo para cima e no ponto mais declivoso do orgão tympanico.

O quadrante postero-inferior constitue o logar de predilecção para a tympanotomia; pois, não só é esta a parte mais inferior e accessivel da membrana como igualmente é a mais distanciada do promontorio, e, por consequencia, a menos perigosa.

Se no momento de consultar o medico, já existe,

como de habito acontece, perfuração espontanea do tympano, este necessariamente deparará ou com uma abertura sufficiente ou insufficiente.

Considera-se sufficiente uma perfuração: 1.° se tem séde num ponto inferior da membrana e a drenagem é franca; 2.° se não ha dores espontaneas; emfim se a ponta da mastoide não é sensivelmente dolorosa á pressão. Em contraposição, uma drenagem de pús mal assegurada, a persistencia das dores espontaneas, a dor á pressão da ponta da apophyse, o empastamento mastoideo são signaes que traduzem uma abertura insufficiente e, portanto, retenção. Somente neste caso compete ao medico intervir com a cirurgia: ou para augmentar a perfuração já existente ou para fazer uma outra abertura em situação mais declivosa.

Cuidados therapeuticos consecutivos á paracentese do tympano. — Em seguida á abertura cirurgica ou espontanea da membrana tympanal, devemos ter o maximo cuidado, afim de evitarmos nova retenção de pús e inffecções secundarias diversas. E' necessario, conseguintemente, de par com uma perfeita antisepsia, assegurar uma franca evacuação do exsudato purulento — o que se consegue introduzindo no conducto méchas de gaze aseptica, o ectogan, por exemplo, ou de algodão esterilisado. Este penso que se renova todos os dias, uma ou mais vezes, de accordo com a abundancia do pús, será prece-

dido de lavagem com agua oxygenada, ou melhor, utilisando o iodo nascente que provem da mistura do iodureto de sodio em solução a 30 °/₀ com a agua oxygenada, conforme, desde o anno passado, preconisa o professor Castex.

Este notavel especialista manda applicar, successivamente, depois de uma limpeza previa e cuidadosa do conducto, tres gottas da solução de iodureto de sodio e tres de agua oxygenada. Do contacto desses liquidos resulta um desprendimento de iodo, cuja acção therapeutica se aproveita no tratamento da otite. No momento agudo da molestia devemos proscrever, como inefficazes e prejudiciaes, as duchas de ar, reservando-as unicamente para o periodo de declinio onde são multiplas as suas vantagens. Laurens, Lermoyez e outros aconselham fazer, de dous ou de tres em tres dias, o exame otoscopico da membrana, de modo a se certificar do estado bom ou mau da evolução morbida.

Se a molestia tende á chronicidade, é necessario alterar e alternar o tratamento, empregando-se, revezadamente, alcool absoluto boricado, nitrato de prata (10 ou 15 °/₀), em instillações, agua oxygenada só ou com iodureto de sodio, glycerina phenicada e outros medicamentos.

Cumprindo-se, á risca, estas principaes indicações therapeuticas, a otite media aguda suppurada, salvo quando evolue em terreno debilitado (tuberculose, escrofulose, diabete), cura-se, em geral, no fim de duas ou tres semanas.

OBSERVAÇÕES

I

(CLINICA CIVIL DO DR. MORAES)

P. S. S., 36 annos, casado, empregado de E. de Ferro. Antigos soffrimentos nasaes (rhinite syphilitica com larga perfuração do septo). Com mais ou menos cuidado fazia, a conselho medico, lavagens do nariz. Pouco tempo depois de iniciado este tratamento começou a sentir dores no ouvido direito, dores estas acompanhadas de surdez e sensação de plenitude do mesmo lado. Nos dias subsequentes, ellas augmentaram consideravelmente com propagação á mastóide. Ao exame: antro e vertice da apophyse muito dolorosos á pressão. Tympano bastante saliente com apagamento completo dos seus caracteres normaes. Febre elevada e somno irreconciliavel. No mesmo dia: paracentese ao nivel do quadrante postero-inferior. Melhora immediata depois da sahida de grande quantidade de pús sanguinolento. Dores e phenomenos geraes cederam. A suppuração durou cerca de oito dias. Cura completa sem alterações auditivas.

II

(CLINICA CIVIL DO DR. MORAES)

M. G., 4 mezes. Em seguida a um resfriamento e forte coryza, surgiram manifestações auriculares no lado esquerdo. Atrozes dores traziam a innocentinha em constante agitação entrecortada de gemidos e gritos. O exame inspectivo externo e interno (otoscopico) revelou edema mastoide, e saliencia do

tympano com uma perfuração diminuta, onde o pús porejava difficilmente. Feita a necessaria intervenção (paracentese), houve melhora rapida com restabelecimento completo ao fim de doze dias. Prescreveu-se igualmente um antiseptico nasal.

III

(CLINICA CIVIL DO DR. MORAES)

A. B. P., 7 annos. Dez dias depois de uma influenza, manifestaram-se soffrimentos para o lado do orgão auricular. A principio, fôra tratada com lavagens de agua boricada (!). Graças, porem, á perfuração natural do tympano, dias depois, houve grande evacuação de pús seguida de um periodo de allivio e calma A abertura tornando-se insufficiente, os symptomas reappareceram de modo intensivo—denunciando nova retenção. Apezar disso, continuaram-se as irrigações boricadas. Sobrevindo depois perturbações outras (dores e edema da região mastoidéa, febre de 39°) a doentinha procura então o consultorio—onde, no mesmo dia, foi indicada e praticada a paracentese. Após á operação, sentiu logo melhoras sensiveis. A' noite, a criança, que, ha tres dias, não conciliava o somno, dormiu tranquilla. Dahi em diante, tudo derivou bellissimamente, e a cura foi completa dentro de dez dias. O toque retro-pharyngeo revelou vegetações adenoides, sendo proposta a operação.

IV

(CLINICA CIVIL DO DR. MORAES)

A. C, P., 23 annos, casada. Após um prologo de coryza, começou de sentir dores no ouvido esquerdo. Não dando, porem, ao caso, a importancia necessaria, contentou-se com ap-

plicar os vulgares infusos de folhas da costa e outras panacéas. Como de esperar, tal tratamento nenhuma melhora trouxe á doente. Antes, tudo se aggravou: vindo uma surdez completa perfazer o quadro symptomatologico. Ao exame otoscopico, depois de cinco dias: — inflammação geral da membrana com notavel saliencia, ao nivel do quadrante antéro-inferior. Praticada, incontinente, a paracentese, sobreveiu uma admiravel melhora, dormindo a doente, perfeitamente tranquilla, nessa noite. Dous dias depois, sendo verificado que a abertura era insufficiente, visto como havia ainda embaraço á drenagem do pús, procedeu-se ao alargamento e o effeito benefico não se fez esperar. A suppuração prolongou-se por alguns dias, findo os quaes a doente se restabeleceu por completo, voltando a audição ao seu estado de normalidade.

V

(CLINICA CIVIL DO DR. MORAES)

A. S., 30 annos, russo, portador de um ligeiro catharro naso-pharygeo, tinha por costume fazer insuflações pelo nariz com a mesma agua que lhe servia para as abluções do rosto. Este mau habito, nunca combatido por aquelles que conheciam os seus desastrosos effeitos, foi o sufficiente para que, transportando particulas septicas, atravez da trompa, á orelha media, produzisse uma forte imflammação, vindo logo acompanhada de dores e perturbações funccionaes. Consultando um medico, a respeito, foram os seus incommodos diagnosticados de simples nevralgia, pelo que este se limitou a prescrever uma medicação analgesica. Continuando a molestia a evoluir, ao cabo de poucos dias, a surdez era completa e as dores intoleraveis. O doente não podia socegar um só instante, e, muito menos, dor-

mir. Porfim, convencendo-se de que os medicamentos, até ahi ministrados, nenhum effeito produziam, resolveu consultar um especialista, que verificou tratar-se de uma intensa otite media aguda suppurada, complicada de antrite. Realisada, incontinente, a paracentese tympanica, sobrevieram alguns allivios e o paciente dormiu um pouco, á noite. Esta tranquillidade foi, porem, de curta duração, porque a abertura tornando-se insufficiente, os symptomas se accentuaram, com propagação á região mastoidéa (edema, dores, etc). Em vista disso, nova paracentese—melhoras diminutas. O edema, nessa occasião, já era consideravel, e começava de se formar um abcesso sub-periostico no nivel do antro. Insistiu-se ainda numa terceira paracentese, mas, desta vez, com excisão de um pequeno retalho da membrana, que deu optimos resultados. Depois desta ultima operação, os phenomenos alarmantes desappareceram, seguindo-se então um periodo de calma. Por final, incisou-se, profundamente, o abcesso, no nivel do sulco retro-auricular e a cicatrisação effectuou-se em 15 dias. Alguns catheterismos vieram completar a cura—com restabelecimento da audição (voz baixa a 5 metros de distancia).

VI

(DA CLINICA OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA DO HOSPITAL S. IZABEL)

J. S. P., 57 annos, branco, viuvo, apresentou-se ao hospital, no dia 22 de Junho, com inquietantes dores localizadas na mastoide e em toda a região auricular, dores estas que se exacerbavam á noite. Disse mais: ter começado a molestia, ha dez dias, por uns ruidos, vindo em seguida dores intensas e sensação de *orelha cheia*. Pela inspecção e palpação, obser-

vou-se um certo empastamento e grande sensibilidade da apophyse mastoide. Pelo exame otoscopico: tympano abahulado, sobretudo,no segmento postero-inferior. Praticando-se,no mesmo dia, a providencial operação da paracentese, sobrevieram, rapidamente, sensiveis allivios, e d'ahi em diante, houve diminuição sempre crescente da intensidade dos symptomas manifestados, retirando-se o doente para o interior do estado, dias depois, quasi restabelecido.

VII

(DA CLINICA OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA DO HOSPITAL S. IZABEL)

J. C., pardo, solteiro, 16 annos, soffrendo de febres palustres, procurou o refugio hospitalar. Com a medicação especifica, que lhe foi ministrada, taes febres desappareceram, por completo. Tudo ia assim em bom caminho, quando começa a sentir, nos ouvidos, dores e surdez. Passaram-se tres dias sem que o doente chamasse a attenção do medico assistente, de sorte que, ao ser examinado pelo especialista, já existiam em ambos os lados duas pequeninas e insufficientes perfurações. Como é natural, os symptomas não cederam senão transitoriamente, sendo então preciso intervir cirurgicamente, afim de se alargarem as aberturas existentes. Apezar do estado de grande enfraquecimento do doente, a cura se realizou, no fim de doze dias, mais ou menos. Fez-se, tres vezes, o catheterismo da trompa.

VIII

DA CLINICA OTTO-RHINO-LARYNGOLOGICO DO HOSPITAL S IZABEL

A. M., 15 annos, solteira, preta. Pouco tempo depois de uma forte coryza manifestaram-se no ouvido esquerdo gran-

des dores acompanhadas de alteração febril, insomnia e surdez. Ao exame otoscopico: tympano bem saliente quasi a abrir-se, ao nivel do quadrante postero-inferior. Praticou-se, immediatamente, uma paracentese: pouca melhora. Dois dias depois, nova paracentese inda mais larga. Com esta segunda incisão tympanica os symptomas desappareceram e a cura sobreveiu, completa, ao cabo de duas semanas.

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL MEDICA

1—As bacterias são organismos elementares, de estructura simples e dimensões microscopicas.

2—Os coccus são unidades da importante familia das bacterias de forma espherica ou globular.

3—O streptococcus (coccus unidos em cadeia) e o staphylococcus (coccus em cacho de uva), principaes productores das infecções auriculares, prendem-se áquella familia.

PHYSICA MEDICA

1—No estado normal, o ar do interior da caixa do tympano supporta pressão igual á da athmosphera exterior.

2—Este equilibrio é a condição primordial para o funccionamento regular do orgão.

3—Desde que, por uma circumstancia qualquer (obstrucção tubar, por exemplo), a pressão da athmosphera interior se torna menor que a da athmosphera exterior, ha um recalcamento para dentro da membrana do tympano e da cadeia dos ossinhos e, *ipso-facto*, compressão do liquido labyrinthico com todas as consequencias.

CHIMICA MEDICA

1—O chlorhydrato de cocaina é um sal de grande solubilidade.

2—Entrá na composição da mistura ou liquido de Bonain.

3—A mistura de Bonain é o melhor anesthesico para as operações tympanicas.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

1 A orelha media ou caixa do tympano é uma pequena cavidade em forma de tambor, limitada externamente pela membrana tympanica e internamente pelo labyrintho.

2 Estão nella contidos os tres ossinhos do ouvido: martello, bigorna e estribo.

3 Estes, articulados entre si, apoiam-se de um lado á janella oval e do outro á membrana do tympano.

ANATOMIA MICROSCOPICA

1 A estructura da membrana do tympano não é homogenea.

2—Compõe-se de tres camadas: a externa ou cutanea, a media ou fibrosa e a interna ou mucosa.

3—A camada media, sendo a mais resistente, constitue, por asssim dizer, o esqueleto da membrana.

PHYSIOLOGIA

1—O ouvido é o orgão da audição.

2—As ondas sonoras recebidas pelo pavilhão são transmittidas á orelha interna, atravez do conducto auricular e da caixa tympanica.

3—O ouvido serve, igualmente, para manter o equilibrio do corpo.

MICROBIOLOGIA

1—A flora microbiana das suppurações auriculares varia muito.

2—O streptococcus, o staphylococcus e o pneumococcus são os germens habituaes.

3—Podem estar ou não associados.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

1—O acido phenico ou phenol tem facil dissolução na glycerina.

2--Chama-se glycerina phenicada ao composto resultante.

3--A glycerina phenicada (1/10 e 1/15) é empregada como calmante e antiseptico nas otites agudas.

ANATOMIA E HISTOLOGIA PATHOLOGICAS

1--O antro mastoideo tendo communicação franca com a caixa, por intermedio do *aditus ad antrum*, participa do processo suppurativo desta.

2--Não ha otite media suppurada sem antrite.

3--Pode existir, no entretanto, inflammação do antro sem ser acompanhada de mastoidite propriamente dita.

PATHOLOGIA GERAL

1--A collecção de pús na caixa do tympano é um simples abcesso, de localização especial.

2--Suas manifestações são identicas ás dos abcessos, em geral.

3--Por isso, a denominação de phlegmão, dada igualmente á otite media aguda, tem sua razão de ser.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA, OPERAÇÕES E APPARELHOS.

1—A membrana tympanica divide-se, sob o ponto de vista da anatomia clinica, em quatro segmentos ou quadrantes.

2—Dos quaes, dous são superiores (antero-superior e postero-superior) e dous inferiores (antero-inferior e postero-inferior).

3—E' no nivel destes que se pratica, ordinariamente, a paracentese.

THERAPEUTICA

1--A agua oxygenada é um hemostatico e um antiseptico de primeira ordem.

2--Como tal é largamente empregada em otologia.

3--Na otite media aguda suppurada a agua oxygenada produz effeitos curativos maravilhosos.

HYGIENE

1--Surdez é a diminuição ou abolição completa do sentido auditivo

2--Segundo estatisticas extrangeiras 20o[o] dos collegiaes têm audição defeituosa.

3--A hygiene auricular deve, portanto, fazer parte dos regulamentos escolares.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

1--A ruptura traumatica do tympano é um phenomeno que se observa constantemente.

2--Nos accidentes de trabalho impõe-se o exame medico-legal.

3--Em França, nos casos de imcapacidade total, o operario tem direito a dous terços de seu salario, e, meio soldo somente, quando a imcapacidade é parcial.

PATHOLOGIA MEDICA

1--A' hypertrophia da amygdala pharyngéa dá-se tambem o nome de vegetações adenoides.

2--Verifica-se-lhe a existencia ou pela rhinoscopia ou pelo toque digital.

3--Esta affecção é o factor etiologico, por excellencia, das otites medias agudas suppuradas nas creanças.

PATHOLOGIA CIRURGICA

1—O tratamento das vegetações adenoides consiste na sua ablação ou curetagem.

2—A cocainisação pelo nariz constitue o methodo de anesthesia preferido.

3—A adenectomia fazendo cessar a causa de entretenimento da infecção tubo-tympanica, auxilia, em grande parte, a cura da otite.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

1—A otite media aguda é uma affecção frequente.

2—Manifesta-se, clinicamente, por um grande numero de signaes.

3—Signaes estes que são locaes e geraes.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

1—Os symptomas locaes, muito mais precisos, observam-se pela inspecção externa.

2—Pela inspecção externa combinada á inspecção interna ou otoscopica.

3—E por meio da palpação regional

CLINICA MEDICA (3.ª cadeira)

1—Se bem que não apparentem a importancia dos primeiros, os symptomas geraes constituem, muitas vezes, bom elemento diagnostico.

2—Nas complicações da otite, cerebraes principalmente, todos lhes reconhecem grande valor.

3—A classe de phenomenos geraes ahi domina.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

1—A incisão da membrana do tympano ou myringotomia é uma operação em extremo delicada.

2—Exige do cirurgião habilidade e destreza.

3—Sem taes requisitos não ha exito cirurgico completo.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

1—O ponto de localização da incisão varia conforme circumstancias diversas.

2—Pode ser executada em toda a altura do tympano e mesmo na membrana flacida de Schrapnell (suppurações do attico).

3—Quanto mais larga e declivosa a incisão tanto facilmente se esvazia a caixa.

CLINICA CIRURGICA (3.ª cadeira).

1—Instituindo-se, em seguida, um tratamento convenientemente antiseptico, a ferida cicatrizar-se-á, no fim de poucos dias, por primeira intenção.

2—As duchas de ar, facilitando a evacuação ou drenagem da caixa, são empregadas com grandes vantagens.

3—Se persistirem perturbações funccionaes (ruidos, surdez, etc) a politzeração da trompa de Eustachio completará o tratamento.

CLINICA PEDIATRICA MEDICA E HYGIENE INFANTIL

1--As creanças são os martyres do abcesso tympanico.

2--Numerosos factores concorrem para tal predisposição.

3--Uma boa hygiene nasal e auricular as preserva, porem, em grande parte, da affecção.

CLINICA PEDIATRICA CIRURGICA E ORTHOPEDIA

1--Em cirurgia infantil, a anesthesia é local ou geral.

2--Para a realização da paracentese do tympano ella deve

ser sempre geral.

3--Neste caso, usa-se, de preferencia, o chlorureto de ethyla.

CLINICA OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA

1—Chama-se otite media a inflamação da orelha media ou caixa do tympano.

2—Conforme a marcha evolutiva que apresenta, pode ser aguda ou chronica.

3—As otites diabetica e tuberculosa são, em geral, chronicas.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

1—Nystagmus é um verdadeiro tremor associado dos globos oculares (Déjerine).

2—Pode ser espontaneo ou provocado

3—Nas pyo-labyrinthites agudas, o nystagmus espontaneo constitue signal precioso.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

1--A syphilis auricular podemos classificar de adquerida e hereditaria.

2—A syphilis adquerida ataca a orelha media em todos os seus periodos de evolução.

3—As suppurações da caixa do tympano observam-se, porem, sobretudo, na phase das manifestações secundarias.

CLINICA GYNECOLOGICA

1—Denominaram-se vulvites as lesões inflammatorias da vulva.

2—O prurido é um dos seus symptomas mais incommodantes.

3—E' necessario ter muito cuidado com os dedos que o coçam, afim de não se transportarem germens septicos a outros pontos, particularmente, ao ouvido.

CLINICA OBSTETRICA

1—Forceps é um instrumento destinado a agarrar e extrahir a cabeça do feto.

2—Compõe-se de dous ramos articulaveis.

3—A orelha fetal representa importante ponto de reparo para sua applicação.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

1—A hysteria pode manifestar-se na orelha e simular uma affecção organica.

2—Em casos suspeitos, para evitar erro de diagnostico, é necessario examinar com cuidado e systematicamente a região, procurando os estygmas da nevrose.

3—Nas matoidites hystericas as dores são mais vivas e superficiaes.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia,

5 de Novembro de 1912.

O Secretario,
Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

ALGUMAS RECTIFICAÇÕES

PAG.	LINHA	EM VEZ DE	LEIA-SE
5	25	A lavagens	As lavagens
8	3	*Signaes Subjectivos*	*Signaes subjectivos*
8	28	estado de causas	estado de cousas
16	23	quem	que
21	19	assim provam-no	provam-no
42	24	sentado ao leito	sentado no leito
43	4	que se nos	que nos
46	8	ao antro e ao labyrintho	com o antro e com o labyrintho
58	6	empregado	empregando-a
63	7	emfim	3.° emfim
65	26	edema mastoide	edema mastoideo
69	26	otto-rhino-laryngologico	oto-rhino-laryngologica